Lane Medical Library

Ein peripleuritischer Abscess

der

rechten Supraclaviculargegend.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

unter dem Präsidium

des Herrn Geheimrathes

PROF. DR. RITTER VON NUSSBAUM

k. b. Generalstabsarzt à l. s. in München

einer hohen

medicinischen Facultät

der

kgl. Ludwig-Maximilians-Universität in München

vorgelegt von

Richard Brenssell

prakt. Arzt aus Cassel.

München, 1885.

Kgl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.

SEINEN LIEBEN ELTERN

IN

HERZLICHER DANKBARKEIT

GEWIDMET

VOM

VERFASSER.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153302_0243

Fink, Leopold, Bildhauer von hier, 41 Jahre alt, kam am 7. Juli 1883 in die hiesige chirurgische Poliklinik und klagte über eine Anschwellung der rechten Halsseite. Derselbe ist von kleiner Statur, schlechtgenährtem und etwas herabgekommenem Aussehen. Die Anamnese ergab, dass er zwar erst spät (3. Jahr) laufen gelernt hatte, sonst aber stets völlig gesund gewesen war. Ein chronischer Husten, der auf ein Lungenleiden zu schliessen berechtigt hätte, sowie überhaupt eine andere nennenswerthe Erkrankung wird von Seiten des Patienten völlig in Abrede gestellt. In Betreff des jetzigen Leidens gibt er an, dass er vor drei Monaten die Anschwellung bemerkt hätte, welche sich im Laufe der Zeit bis zu der gegenwärtigen Grösse entwickelt habe. Er hatte zu jener Zeit an einem Husten gelitten, welchem er jedoch, da bei gutem Allgemeinbefinden Schmerz und Fieber fehlten, keine weitere Beachtung schenkte. Auch während der Bildung des Tumors hat er weder Fieber gehabt, noch an irgend welchen Schmerzen oder Athembeschwerden zu leiden gehabt, so dass er bis zuletzt seinem Gewerbe nachging. Erst auf Anrathen seiner Frau, welche sich wegen der stets zunehmenden Geschwulst ängstigte, suchte er ärztliche Hülfe auf. Die Inspection des Patienten ergab einen Tumor, welcher die ganze rechte Supraclaviculargegend vorwölbte, die Palpation constatirte Fluctuation und so wurde die Diagnose auf Abscedirung der

Supraclaviculardrüsen gestellt, ihm therapeutisch Ung. Kal. jod. und lauwarme Umschläge verordnet, gleichzeitig aber die Eröffnung des Abscesses in Aussicht genommen. Eine Probepunktion ergab Eiter. Die Operation wurde am 10. Juli von Herrn Professor Dr. Helferich in der poliklinischen Anstalt ausgeführt. Als nun Patient im stadium excitationis der Narkose schrie und dabei heftige, ungestüme Athembewegungen machte, zeigte sich, dass die Geschwulst durch die kräftigen Exspirationen viel praller wurde, wesshalb man die bisherige Diagnose fallen liess und irgend welchen Zusammenhang mit der Lunge annahm. Nach Eröffnung des Abscesses und Entleerung einer ziemlichen Menge Eiter konnte denn auch der Finger bis unter die Clavicula und die erste Rippe in den Thoraxraum gebracht werden. Die Höhle wurde vermittelst Schwämmen gereinigt und mit antiseptischen Flüssigkeiten ausgespült, und man konnte nun sehen, wie der Höhenstand der in der Höhle zurückgebliebenen Flüssigkeit von den Athembewegungen beeinflusst wurde. Unentschieden musste der tiefen Lage des Abscesses wegen bleiben, ob der Abscess der Pleura, dem peripleuritischen Gewebe oder der Lunge selbst angehörte. Nach vorsichtigem Abschaben der Abscesswände vermittelst des scharfen Löffels und nach nochmaliger antiseptischer Irrigation wurde an der nach hinten und oben gelegenen Wand eine Gegenöffnung angelegt, von welcher aus ein Drainagerohr so eingelegt wurde, dass die Secrete den Weg nach aussen finden konnten. Sodann wurden die Wundränder bis auf die Drainageöffnungen durch die Naht vereinigt und ein antiseptischer Verband angelegt. Die Temperatur erreichte in den ersten Tagen 38,0°, dann war sie immer normal. In der ersten Zeit wurde der Verband jeden zweiten Tag, später einmal in der Woche gewechselt, nach 2½ Monaten wurden die Drainröhren fortgelassen und nach 3 Monaten konnte Patient in völlig zufrieden stellendem Zustand entlassen werden aus der ärztlichen Behandlung. Die hintere

Wunde hatte sich ganz, die vordere bis auf eine kleine Stelle geschlossen. — Da ich damals den Patienten nicht gesehen habe, auch die ausführlichen Percussions- und Auskultationsbefunde mir nicht zu Gebote stehen, so habe ich jetzt — 1½ Jahr nach der Operation (Januar 1885) — nochmals den Patienten genau untersucht. Das Aussehen desselben lässt nichts zu wünschen übrig, der Ernährungszustand ist ein vortrefflicher. In den 15 Monaten seit der Entlassung aus der ärztlichen Behandlung hat er sich völlig wohl gefühlt und trotz des oft sehr angestrengten Arbeitens nie Schmerzen gehabt. Der heutige Befund ist folgender: Man sieht in der rechten Supraclaviculargegend, 3 cm oberhalb der Mitte der Clavicula, eine längliche, etwas eingezogene Narbe, 4 cm von dieser entfernt gerade nach hinten ist eine zweite, etwas kleinere Narbe, die frühere Gegenöffnung für das Drainrohr. An der vordern Narbe ist eine etwa ¼ cm grosse Fistelöffnung, aus der sich nach Angabe des Patienten von Zeit zu Zeit je nach der Anstrengung beim Arbeiten eine grössere oder geringere Menge einer serösen, mit wenig Eiter gemischten Flüssigkeit entleert. Beim tiefen Inspiriren bleibt die rechte obere Thoraxhälfte kaum merklich gegen die linke zurück. Die Percussion ergibt über dem ganzen Thorax normalen Lungenschall, der nur in den beiderseitigen Supraclaviculargegenden etwas gedämpft ist. Bei der Auscultation hört man in der rechten Supraclaviculargegend, also an der Stelle, welche früher von dem Abscess eingenommen war, zwar etwas abgeschwächtes, aber noch deutlich wahrzunehmendes Vesiculärathmen, links an derselben Stelle ist das Athmungsgeräusch etwas verschärft, sonst überall normales Vesiculärathmen.

Die Herztöne sind rein. Bei der Sondirung der Fistelöffnung dringt die Sonde etwa 4 cm nach oben und hinten, ebenso 4 cm nach innen vor, dagegen gelingt es nicht, in einer anderen Richtung die Sonde vorzuschieben. Es muss also ein in verschiedener Richtung, wahrscheinlich durch narbige

Verwachsung, ausgebuchteter Hohlraum vorhanden sein. Ein fester Druck gegen die Proc. spinos. der Halswirbel ist völlig schmerzlos, auch will Patient nie an Schmerzen im Nacken gelitten haben. Mit Ausnahme einer etwas vergrösserten Drüse in der Nähe des rechten Kieferwinkels, welche zur Zeit der Operation schon fühlbar war, sind Drüsenschwellungen beiderseits nicht zu konstatiren. Auf die Frage, inwiefern man zur Stellung der Diagnose die Ergebnisse der heutigen Untersuchung verwerthen kann, komme ich später zurück.

Als während der Operation des Abscesses die zuerst gestellte Diagnose auf Abscedirung der Supraclaviculardrüsen geändert wurde, und man einen Zusammenhang mit der Lunge und zwar mittelbar oder unmittelbar anzunehmen genöthigt war, lautete wohl die erste Frage, die man sich vorlegte, geht dieser Abscess von der Lunge selbst aus, ist es ein durchgebrochenes Pleuraexsudat, oder verdankt er einer Peripleuritis seinen Ursprung, kann man überhaupt stets eine sichere Diagnose solcher Zustände aus dem äussern Befunde, dem Verlauf und der Anamnese stellen, und, wenn dies wirklich möglich ist, werden die therapeutischen Indicationen geändert. Wenn ich nun in dieser Abhandlung den Versuch machen will, diese Fragen zu beantworten, so muss ich vor Allem — vorerst ohne Berücksichtigung unseres Falles — auf die Symptomatologie und den Verlauf der oben genannten Abscesse eingehen. Dann muss ich erörtern, ob die für diese Zustände aufgestellten diagnostischen Merkmale auch bei unserm Falle zu verwerthen sind. Am Schlusse werde ich noch kurz diejenigen Erkrankungen der seitlichen Halsgegend erwähnen, welche wie hier in der Regio supraclavicularis zu diagnostischen Verwechslungen führen können.

Ich beginne mit den Abscessen, welche in der Lunge entstehend durch langsamen Durchbruch nach aussen ein dem unsrigen gleiches Bild darbieten können. Während man früher in Bezug auf die Aetiologie die Bildung eines Lungenabscesses

als den häufigsten Ausgang abnorm verlaufender Pneumonien annahm, so dass schon eine über längere Zeit ausgedehnte continuirliche, geringe Temperaturerhöhung nach erwähnter Krankheit so gedeutet wurde, hat man seit Laennec, welcher nach der Entdeckung der physikalischen Untersuchungsmethoden zuerst die Erfahrungen der pathologischen Anatomie und die klinische Untersuchung verband, den Ausgang der Pneumonie in Abscessbildung als ganz selten angenommen. Besondere Verdienste um Erforschung eines so dunklen Gebietes, nämlich der Genese und Diagnose der Lungenabscesse hat sich Traube und nach ihm Leyden erworben. Traube stellte drei Formen von Lungenabscessen auf: 1) als seltenste Form den aus der genuinen croupösen Pneumonie hervorgehenden, 2) den aus der chronischen Pneumonie entstehenden, und 3) den latenten. Er nannte letztere Form desshalb so, weil unbestimmte, längere Zeit bestehende Symptome am Respirationsapparate weder durch Percussion noch durch Auskultation eine Diagnose stellen lassen, bis plötzlich ein massenhafter Eiterauswurf durch die Luftwege stattfindet. Aus diesem Auswurf wird dann nach Traube der Lungenabscess direkt diagnosticirt, während der physikalische Befund der Lunge nur im Allgemeinen zu verwerthen ist. Es ist bei diesem reichlichen, rahmig-eitrigen massenhaften Auswurf das Hauptgewicht zu legen auf makroscopisch sichtbare Parenchymfetzen, die bei der mikroscopischen Untersuchung reichliches, in alveolärer Anordnung befindliches Lungengewebe zeigen. Bei Gangrän dagegen zerschmelzen nach Traube die leicht zerreiblichen elastischen Fasern, und bei Tuberculose findet man niemals makroscopisch sichtbare Lungenfetzen, sondern nur mikroscopische, kleinere elastische Fasern. Wenn auch Leyden diese Angaben im Allgemeinen bestätigt, so glaubt er doch nicht, dass diese Unterschiede immer so ausgeprägt sind, dass eine Diagnose daraus gestellt werden kann. Was das Krankheitsbild betrifft, so weicht es von dem der

Gangrän meistens ab und schliesst sich dem der käsigen subacuten Pneumonie an. Die Beschaffenheit des Eiters ist bei Gangrän missfarbig, jauchig und von penetrantem Geruch, bei Abscess dagegen von rahmiger Consistenz. Die Wand des Abscesses wird von ulcerirtem Lungengewebe gebildet und unterscheidet sich dadurch in pathologisch-anatomischer Hinsicht von der Bronchiectasie, bei der die Wand durch die je nach der Dauer der Erkrankung mehr oder weniger veränderte Bronchialschleimhaut gebildet wird. Was die Formentstehung des Abscesses anbetrifft, so zeigt sich die Begrenzung desselben in der ersten Zeit uneben und fetzig, später bildet sich dann eine Pyelogenmembran mit eitrigem Belag, wodurch die Abkapselung des Abscesses eingeleitet wird. In der Umgebung zeigt sich immer eine schiefrige Infiltration von wechselnder Ausdehnung, welche allmählig in das gesunde Gewebe übergeht.

Die Ausgänge eines solchen Lungenabscesses sind verschieden. Für den Durchbruch und die Entleerung des in ihm befindlichen Eiters zeigen sich verschiedene Wege. Er kann in die Luftwege — weitaus die häufigste Form — einbrechen und der Eiter wird dann unter mehr oder weniger bedrohlichen, von der Masse des Eiters abhängigen Symptomen ausgehustet. Der Abscess kann ferner, wenn er der Lungenoberfläche nahe liegt, die Pleura durchbohren und ein Empyem erzeugen, oder bei vorausgegangener Verwachsung der Pleurablätter an der äussern Thoraxwand zum Vorschein kommen. Hier interessirt uns nur der letztere Fall. Ist der Weg nach den Bronchien hierbei gänzlich aufgehoben, so erhalten wir einen fluctuirenden Tumor, der wohl nur unter ganz günstigen Umständen und genauer Kenntniss der Anamnese von andern derartigen Tumoren unterschieden werden kann, ist dagegen der nach aussen durchgebrochene Abscess noch an irgend einer Stelle in Kommunication mit den Luftwegen, so gesellt sich zu der Geschwulst noch Emphysem. So beschreibt

Professor Senator in Berlin einen Abscess, welcher nach Durchbohrung der Pleura costalis in das peripleuritische Gewebe eingebrochen war, und zwar wahrscheinlich in Folge starken Schreiens; der Abscess communicirte mit den Luftwegen und in Folge dessen hatte der Durchbruch allgemeines Hautemphysem zur Folge. Ist der Eiter nach aussen oder innen entleert oder — die dritte Möglichkeit — nach Resorption der flüssigen Bestandtheile eingedickt, so kann sich durch Zusammenlegen der Wände und dann folgende Verwachsung eine vollständig derbe, strahlige Narbe bilden; oder es bleibt eine kleine, am Lebenden nicht mehr nachweisbare Höhle zurück, die von derben Bindegewebsschwarten umgeben ist.

In Bezug auf die Entstehung der Lungenabscesse ist die aus der genuinen croupösen Pneumonie, wie oben schon gesagt, gewiss sehr selten und überhaupt noch unsicher, am leichtesten erklärlich ist sie bei Necrose des Gewebes, veranlasst durch pyämische und metastatische Processe, welche eine Embolie der zuführenden Gefässe bewirken. Unerlässlich dabei ist, dass der Embolus infectiös ist, da sonst keine Eiterung und Einschmelzung zu Stande kommt. Der Hergang ist folgender: Es bildet sich eine Necrose des durch das verstopfte Gefäss versorgten Gebietes, die infectiöse Wirkung des Embolus ruft Eiterung hervor, durch diese wird das necrotische Gebiet abgestossen, dann eingeschmolzen und durch die schon oben erwähnte Pyogenmembran eingekapselt. Es geht also hierbei stets eine Necrose voraus, welche durch die folgende Eiterung abgegrenzt wird. Das umgebende Gewebe wird zwar auch etwas durch die auftretende Entzündung afficirt, aber im weiteren Verlaufe durch die Abkapselung vom Untergange gerettet. Hierin liegt der Hauptunterschied zwischen Abscess und Gangrän; ersterer stellt eine einfache gutartige, nach Reinigung in Heilung übergehende Eiterung, letztere dagegen einen verjauchenden Process dar, welcher

schwer heilend, immer weiter vordringende Faulnisserreger zurücklässt.

Prof. Leyden stellt, von einem anderen Standpunkte als Traube ausgehend, ebenfalls (Volkmanns klin. Vorträge) 3 Arten von Lungenabscessen auf, von denen er aber nur die zweite Gruppe zu den eigentlichen Abscessen der Lunge rechnet. Die erste Gruppe bilden alle aus der Nachbarschaft in die Lunge einbrechenden Abscesse (Stokes perforirende Lungenabscesse), bei denen nach Vorausgang von zeitweise sich steigernden unbestimmten Symptomen, welche durch den physikalischen Befund eine Diagnose nicht ermöglichen, allmählich oder plötzlich grosse Mengen von Eiter mit Schleim untermischt ausgehustet werden, worauf eine Erleichterung erfolgt, welche entweder — nach Ausheilung des den Abscess erzeugenden Krankheitsheerdes — andauert oder von Recidiven unterbrochen wird. Solche Abscesse können herrühren von den Bauch- oder Brustdecken, von der Pleura, der Leber, dem Peritoneum, oder es können Abscesse sein, welche von Caries des Knochengerüstes herrühren, wenn auch die von den Hals- oder Brustwirbeln ausgehenden meistens ins hintere Mediastinum oder den Pleurasack durchbrechen. Einen hierhergehörenden Fall beschreibt Dr. Tölken in seiner Dissertation. Es bestand Dämpfung der linken Lungenspitze und eine Infiltration derselben konnte durch Fehlen von Bronchialathmen und Rasselgeräuschen ausgeschlossen werden. Die Section ergab einen Senkungsabscess, ausgehend von einer Caries der mittleren Halswirbel, welcher die linke Lungenspitze perforirt hatte und mit den Luftwegen durch eine kleine Fistelöffnung communicirte. Auch Vereiterungen der Bronchialdrüsen können in die Lunge durchbrechen (v. Recklinghausen). Bei allen diesen Abscessen kann die Diagnose gewöhnlich erst aus den expectorirten Massen gestellt werden, das Allgemeinempfinden verschlechtert sich meistens allmälich. Die zweite Gruppe Leydens bilden

die typischen Lungenabscesse, eine Folge der genuinen Peripneumonie, Pyämie und Embolie, dann der hämorrhagischen und solcher Pneumonien, bei denen der entzündliche Process sich in bereits erkranktem Gewebe etablirt, ferner eine Folge von Traumen und Fremdkörpern, wenn auch letztere meistens zu Gangrän führen. Bei allen diesen Processen herrscht mehr oder weniger Fieber, theils durch die ursprüngliche Krankheit, theils durch die Eiterung bedingt. Der Auswurf bei Abscessbildung ist reichlich und im grossen Ganzen rein eitrig, etwas fade riechend, während ein intensiver, foetider Geruch die beginnende Gangrän anzeigt. Die Parenchymfetzen sind stark pigmentirt, lassen nur selten eine alveoläre Structur erkennen und zeigen meistens ein glänzendes, derbfaseriges, narbiges Gefüge, also den Ursprung aus schiefriger Induration bekundend. Ferner kommen in dem eitrigen Abscessinhalt vor: Fettkrystalle, Pigmentschollen, Haematoidin und Micrococcen und zwar rundliche, körnige Colonien, welche die Jodreaction zeigen, während man bei Gangrän meistens Stäbchen und lebhafte Bewegung zeigende, rosenkranzähnliche Fäden antrifft. Unter die dritte Gruppe rechnet Leyden die chronischen Abscesse, welche, von Zeit zu Zeit eitriges Sputum bewirkend, meist nach kurzen Erleichterungen unter langsamem Marasmus zum Tode führen. Hier trifft man keine eitergefüllten Höhlen, sondern es handelt sich hier um Ulcerationen, welche von Zeit zu Zeit exacerbiren und dadurch Eiterung bedingen. Es kommen nach Leyden hierher »diejenigen Formen einfacher Necrose mit eitriger, nicht tuberculöser Ulceration, welche sich am gewöhnlichsten in den indurirten Lungen alter Leute entwickelt.« Am häufigsten trifft man eine solche chronische, schiefrige Induration an der Lungenspitze oder im obern Lappen. Die Diagnose ergibt sich aus dem physikalischen Befunde und dem eitrigen mit Parenchymfetzen untermischten Sputum. Diese Fetzen sind von Eiterkörperchen umgeben und meistens hochgradig fettig degenerirt. Neben fieberlosem,

schleichendem Verlaufe besteht chronischer Husten, Abmagerung und Schwäche, doch gestaltet sich der Verlauf meistens länger und günstiger als der bei phtisischen Processen. Als therapeutische Indicationen bei nach innen durchgebrochenen Abscessen führt Leyden erstens die Verhütung jauchiger Zersetzung durch Inhalationen der antiseptischen Mittel — Thymol, Carbolsäure, Chinin, Terpentin u. s. w. — an und zweitens die Erhaltung der Kräfte durch Roborantien. Ist der Weg nach innen verschlossen und der Abscess nach aussen durchgebrochen, so bleibt letztere Indication in voller Geltung, die erstere aber wird durch örtliche Application der Antiseptica wesentlich erleichtert, abgesehen davon, dass bei Durchbruch nach aussen die Bronchien von dem eitrigen Inhalt verschont bleiben und ebenso die durch die in die Bronchien einbrechenden Eitermassen beim Durchbruch nach innen oft eintretenden bedrohlichen Erscheinungen fehlen. Von differential-diagnostischer Bedeutung für den Entstehungsort der Abscesse wird noch angeführt die Zeit des Eiterdurchbruchs — pneumonische vom 20.—25. Tage, pleuritische vom 40.—60. Tage — sowie die Menge des Eiters (Trousseau), indem aus einem Lungenabscess schwerlich mehr als 1 Liter entleert werden könnte, bei Pleuraabscessen aber viel grössere Mengen (bis 4 Liter) anzutreffen sind. Diese Merkmale sind jedoch nur beim Durchbruch nach innen zu verwerthen. Ob nun und inwieweit die hier angeführten Symptome auch für unsern oben angeführten Fall zutreffen, werde ich bei der nähern Besprechung desselben erörtern.

Wenn ich jetzt zur Besprechung des zweiten Entstehungsortes solcher Eiteransammlungen komme, so beschränke ich mich natürlich nur auf solche Erkrankungen der Pleurahöhle, welche als Endresultat einen die Thoraxwand an irgend einer Stelle hervorwölbenden, fluctuirenden Tumor bilden können. Es ist die Bildung so umschriebener Eiteransammlungen in der Pleurahöhle, welche eine circumscripte Stelle, wie hier

die Supraclaviculargegend, hervorwölben würden, nur dann möglich, wenn durch vorausgegangene, adhäsive Entzündungen die Pleura costalis mit der pulmonalis so verwachsen ist, dass irgend ein Abschnitt der Pleurahöhle von der übrigen vollständig abgeschlossen ist. Dabei ist es einerlei ob diese vorausgegangene Pecuritis durch eine Erkrankung der umgebenden Theile, wie z. B. der Leber, Lunge, des peripleuralen Zellgewebes, des Knochengerüstes u. s. w., oder durch ein Allgemeinleiden entstanden ist, oder ob es sich um Traumen oder um eine vollständig selbständige Erkrankung handelt. Es wird also in vielen Fällen die Anamnese eine mehr oder minder erhebliche, vorausgegangene Erkrankung mit Fieber, Seitenstechen, Athembeschwerden u. s. w. zu Tage fördern, welche einen Anhaltspunkt für die Diagnose des fraglichen, fluctuirenden Tumors darbieten kann. Auch kann sich ein solcher umschriebener Abscess im Anschluss an eine noch bestehende Pleuritis bilden, indem eine anfänglich adhäsive Entzündung, welche Verklebung der Pleurablätter bewirkte, exacerbirt und ein seröses Exsudat in den abgekapselten Raum ergiesst, welches sich dann bei längerer Dauer der Erkrankung durch massenhafte Auswanderung von weissen Blutkörperchen in ein citriges umwandelt. Wie nun auch im einzelnen Falle die Bildung des umschriebenen Empyems vor sich gehen mag, eine Abkapselung ist immer nothwendig, da sonst die Flüssigkeit dem Gesetze der Gravidation folgen und sich im untersten Raume der Pleurahöhle ansammeln würde. Die Entfernung dieser begrenzten Eiteransammlung in der Pleurahöhle kann auf dreierlei Art erfolgen. Die seltenste Art der Heilung ist — und zwar nur bei nicht zu grossen Eitermengen — die, dass die flüssigen Bestandtheile resorbirt, die Eitermassen eingedickt werden. Durch den auf den verkleinerten Inhalt wirkenden Druck legen sich dann die Wände — zwischen sich eine schmierige oder verkalkte Masse — zusammen und durch folgende Bindegewebswucherung entsteht eine dicke

Schwarte, welche je nach ihrem Sitze die Athmung mehr oder minder erschwert, auch oft gar nicht hinderlich ist, vorausgesetzt, dass nicht durch zu langen Bestand und zu umfangliche Grösse des Abscesses die Wiederausdehnung des comprimirten Lungengewebes unmöglich geworden ist. Der häufigste Ausgang der circumscripten Eiteransammlungen der Pleurahöhle ist aber der Durchbruch nach den Luftwegen oder — der Fall, der uns hier am meisten interessirt — durch die Thoraxwand nach aussen. Es kommt da darauf an, welches der beiden Pleurablätter durch reichliche Infiltration der Serosa mit Eiterzellen mehr erweicht, welches durch Fibrinauflagerungen und Bindegewebswucherungen verstärkt wurde. Der Durchbruch in die Lunge und die Luftwege wird unter ähnlichen Symptomen wie der Durchbruch eines eigentlichen Lungenabscesses vor sich gehen, nur dass man hier bei massenhaften eitrigen Expectorationen nach vorausgegangener diagnosticirter Pleuritis die Diagnose auf Durchbruch eines Pleuraexsudates, also auf die Herkunft des Eiters, gewiss viel leichter stellen kann als bei Lungenabscess, wenn gleich beide Zustände auch einmal zusammen vorkommen können und dann wohl der eigentliche Lungenabscess übersehen werden wird. Schon oben habe ich in differential-diagnostischer Hinsicht die verschiedene Dauer bis zum Durchbruch und die verschieden grossen Eitermassen erwähnt. Therapeutisch ist jedoch die Unterscheidung eines in die Lunge einbrechenden Pleuraabscesses von einem der Lunge angehörenden nicht von Bedeutung, da beide dieselbe Therapie — Desinfection und Roborantien — erfordern. Beim Durchbruch nach aussen erhalten wir zuerst eine fühl- und sichtbare, kleinere oder grössere Geschwulst. Dabei sind folgende Erscheinungen zu beobachten, welche Eichhorst in seiner Diagnostik der innern Krankheiten schildert:

„Es präsentiren sich die Hervorwölbungen bei eitriger Pleuritis als Vorläufer des Durchbruchs nach aussen. Von

Bedeutung ist hierbei die Art der Entwicklung und der Hervorwölbung. Zuerst fällt ein eigenthümlich glänzendes, faltenloses und blasses Aussehen der Haut auf; auf dieser bleiben nach Fingerdruck Gruben stehen, es ist also Oedem vorhanden. Sehr bald erfolgt Röthung und zu gleicher Zeit Hervorwölbung nach aussen. Ist die Art der Geschwulst jetzt noch nicht erkannt, oder zögert man mit der Incision, so bricht die Hervorwölbung an der Spitze auf und es entleeren sich langsam Eitermassen. Gewöhnlich findet der Durchbruch in dem fünften Intercostalraume zwischen Mammillar- und mittlerer Axillarlinie statt." Von dem uns hier interessirenden Durchbruch nach aussen finden sich in der Literatur unter andern einige Beobachtungen aus der Prof. Dusch ekschen Klinik, bei welchen das Empyem eine aussen fühl- und sichtbare Geschwulst gebildet hatte: (13. Beobachtung.) Ein nach rechtsseitiger Pneumonie entstandener Pyothorax complicirte sich mit einer linksseitigen Tuberculose und Pleuritis; es bildete sich ein Empyema necessitatis, nach der Incision entwickelte sich Pyopneumothorax, die 4. rechte Rippe wurde an der Verbindung mit dem Knorpel zerstört und ausserdem zeigte sich ein Abscess unter dem Musc. serrat. posticus. — (18. Beobachtung.) Nach Pneumonie rechtsseitige Pleuritis, Absackung, Empyema necessitatis. Incision. Entlassen mit eiternder Wunde. (20. Beobachtung.) Linksseitiger Pyothorax, Empyema necessitatis — Incision. (21. Beobachtung.) Hochgradige Vorwölbung der Intercostalräume und Zerstörung der Intercostalgebilde, Incision — letaler Ausgang. (22. Beobachtung.) Linksseitiger Pyothorax nach Pneumonie, Empyema necessitatis pulsans, 4 malige Incision, dann spontaner Durchbruch ohne Lufteintritt. — Alle diese Fälle gingen also mit Lungenerkrankungen Hand in Hand und zeichneten sich durch Fieber und Schmerzhaftigkeit aus. Nur in ganz subacuten Fällen kann das Fieber eine mässige Höhe innehalten oder auch ganz fehlen, ebenso wie der Schmerz häufig mit dem Beginn der Exsudation nachlässt und bei steigender Exsudation einem mehr oder weniger

hohen Grade von Dyspnoe Platz macht. Die für unsern Fall wichtige Differentialdiagnose mit Peripleuritis, wie sie Bartels aufgestellt hat, folgt bei der Besprechung der letzteren Erkrankung. Die Erwähnung des Durchbruchs eines eitrigen Pleuraexsudates in der Supraclaviculargegend habe ich in der Literatur nicht finden können.

Gehe ich nun zur Besprechung der peripleuritischen Abscesse über, so muss ich vorausschicken, dass die Kenntniss derselben noch in einzelnen Punkten mangelhaft ist, wie überhaupt die Erkrankung erst in neuerer Zeit von einzelnen Autoren beschrieben ist. Der Aetiologie nach kann man dieselben 1) in solche eintheilen, für die wir eine nachweisbare Entstehungsursache, seien es Traumen, seien es Erkrankungen der Nachbartheile, auffinden können und 2) in solche, deren Entstehungsursachen — bis heute wenigstens — vollständig dunkel sind.

Wunderlich (Archiv für Heilkunde II S. 17) war der erste, welcher den Satz aufstellte, dass „Fälle vorkommen, bei welchen die Erkrankung, ohne alle traumatischen Ursachen beginnend, in dem subserösen Zellstoff der Costalpleura und den anliegenden Weichtheilen überwiegend und wesentlich sich entwickelt, während die Serosa selbst und ihre Höhle nur untergeordnete Störungen zeigt.“ Er stellte hiermit eine Krankheitsform auf, der er selbst den Namen „Peripleuritis“ beilegte. Wenn er auch damit den genuinen Charakter der Erkrankung betonen wollte, d. h. also, dass der Process nicht direkt von umgebenden Theilen aus auf das peripleuritische Gewebe übergegriffen habe, so sagt er doch zur Erklärung solcher Fälle, dass anderweitige Krankheiten im Organismus das Zustandekommen begünstigen, dass „in einem Körper, der durch eine, wenn auch latente Krankheit geschwächt und in Unordnung gerathen ist, leicht an beliebigen Stellen Erkrankungen durch unmerkliche Ursachen entstehen können.“ Zur Aufstellung des Krankheitsbildes der Peripleuritis war Wun-

derlich durch folgende zwei von ihm beobachtete Fälle veranlasst:

Fall I: Patient, ein 27jähr. Mann, litt an einer chronischen Lungenaffection und will sich vor 3 Monaten erkältet haben. Es stellte sich heftiger Frost und grosse Schwäche ein; sodann will er Anfangs gerast haben, worauf nach einem Aderlass Besserung eintrat. Seitdem bestand sehr lebhafter Husten mit reichlichem Auswurf. 3 Tage vor seinem Eintritt hatte er heftige Schmerzen, und bemerkte er eine Anfangs taubeneigrosse, wachsende Geschwulst an der linken Brustwarze, wozu ein Hautemphysem trat. Die Diagnose wurde auf Peripleuritis, Communication mit der Lunge und dadurch entstandenes Emphysem gestellt. In der Pleurahöhle war keine Luft, jedoch im untern Theile derselben flüssiges Exsudat. Ausserdem Morbus Brightii. Der Patient war fieberlos (Puls 104), aber abgemagert und herabgekommen. Die Geschwulst war gleichmässig flach, $^3/_4$ Zoll hoch und in der Gegend der 3. Rippe. Percussion links von der 2. Rippe an gedämpft, ebenso links hinten von der Höhe des 5. Rückenwirbels an abwärts. 44 Athemzüge in der Minute, Harn trüb, $^1/_4$ Volum. Eiweiss. Am oberen Rande der Geschwulst Ton des gesprungenen Topfes, auf der Geschwulst bei schwacher Percussion heller, tympanitischer Ton, der sehr schmerzhafte Druck gibt ein feines Knistern und Knarren, wie bei Hautemphysem, und das Gefühl wegdrückbarer Blasen. Die Aenderung im Zustand des Pat. war während der 3 monatlichen Behandlung im Hospital nur sehr allmählich; das Emphysem verschwand und gleichzeitig die Geschwulst, an deren frühern nachgiebigen Stelle eine seichte Grube entstanden war. Mässiges Fieber nach der Aufnahme 8 Tage lang, von da ab fieberfrei. Der Patient war bei seiner Entlassung in einem sehr leidlichen, subjectiv sogar völlig guten Zustande. Behandlung: Anfangs warme Kataplasmen und Oelemulsion, sowie einige Dosen pulv. Dov., nach Aufhören des Fiebers Jodeisen.

Fall II: Ein früher angeblich gesunder Mann (jedoch mit Bronchiectasien) von 53 Jahren erkrankte nach einer Erkältung an linksseitiger Peripleuritis mit Bildung einer harten Geschwulst in der Brustwandung; Anfangs Fieber mit Prostation, später fieberlose Status pseudotyphosus, geringe Rasselgeräusche und Albuminurie. Verlauf: Erkrankung mit stechenden Schmerzen an der vordern linken Seite der Brust und später in beiden Schultern, ferner Husten, Kurzathmigkeit, Mattigkeit, Hitze, Durst und Schweiss. Gleich im Anfang bildete sich eine Geschwulst in der Gegend über der linken Brustwarze, ohne dass ein Trauma vorhergegangen war. Dieselbe ist hart, bei Druck nicht schmerzhaft, ½ Zoll gleichmässig prominirend, handflächengross. Intercostalräume rechts deutlich, links bis zum 5. völlig ausgeglichen, links Dämpfung über der ganzen Vorderfläche, von oben nach unten zunehmend. Ueber der Geschwulst vollkommen leerer Ton; hinten heller, voller Schall bis zur 9. Rippe. Die Auskultation ergab links bis zur 3. Rippe verschärftes Inspirium und verlängertes Exspirium, von da abwärts exquisites, sehr nahe klingendes Bronchialathmen mit consonirendem, feinblasigem, schwachem Rasseln, an der Papille pleuritisches Reiben. Hinten schwaches Athmen mit sparsamem, feuchtem Rasseln, Stimmfremitus links verstärkt, Auswurf gering, schleimig ohne Blut; es bestand starkes Fieber, Puls 116—120. Diese Erscheinungen wiesen auf eine protrahirt verlaufende linksseitige Pneumonie mit pleuritischer Exsudation und Bronchitis. Die Geschwulst war unklar, nahm in den folgenden Tagen etwas zu, wurde auf Berühren etwas schmerzhaft, blieb aber hart. Nach 4 Tagen sank die Temperatur (Digitalis) bei zunehmender Mattigkeit und Prostration, der Eiweissgehalt im Urin verminderte sich bis auf Spuren. Nach weiteren 3 Tagen unter Zunahme der Abmagerung und Prostration Wechsel zwischen Apathie, Somnolenz, nächtlicher Unruhe und Delirien. In der Nacht vom 15. zum 16. Tage fortwährend Delirien und

Schreien. Unter Fieber, Bewusstlosigkeit u. s. w. Tod am Anfange der 4. Woche. Die Sektion ergab an der linken Seite des Thorax eine ausgedehnte Geschwulst der Decken von 2 Zoll Höhe, vom rechten Sternalrand bis zur hinteren Axillarlinie, von der 2. bis 7. Rippe. Die hintersten Schichten des Pectoral. major bildeten die vordere Wand des 2 Pfund Eiter enthaltenden Abscesses, die Verbindung zwischen der 4. Rippe und ihrem Knorpel ist aufgehoben und eine linien-gross klaffende mit Eiter gefüllte Spalte an deren Stelle. Die Vorderfläche dieser Rippe an einer kleinen, die Hinterfläche derselben an mehreren Stellen blossgelegt und oberflächlich rauh. Im 3. und 4. Intercostalraum, 2 Zoll vom linken Sternalrande entfernt an der hintern Wand des Abscesses je eine runde, scharfkantige Oeffnung von 1 Zoll Durchmesser, aus welcher Eiter hervortritt. Costalpleura in grossem Umfange injicirt und mit frischem, dünnem, eitrigem Belage. Ausserdem fanden sich noch einige kleinere, die Pleura costalis nach innen drängende Abscesschen vor .... In der Umgebung der Abscesse Weichtheile gelblich entfärbt und stellenweise eitrig infiltrirt, in der Pleurahöhle keine Flüssigkeit, sondern allenthalben lockere Verklebung der Pleurablätter. Ausserdem höhlenartige Bronchiectasien beiderseits, an einigen Stellen von pneumonischem Gewebe umgeben; die dem peripleuritischen Abscesse anliegenden Lungenparthien normal; subendocardiale Eiterheerdchen, sparsame subseröse Abscesschen in der Leber, Milz vergrössert und erweicht, zahlreiche peripherische und innere kleine Eiterheerde in den Nieren....

Die Härte der Geschwulst beim II. Wunderlich'schen Falle wird durch die darüber liegende intacte Aponeurose und Muskelparthien erklärt, ebendesshalb drückte der Abscess so mächtig nach innen, dass die Lungenoberfläche eine eingedrückte Grube zeigte, ein Durchbruch in dieselbe wurde durch das gesunde Gewebe verhindert, was wohl nicht der Fall gewesen wäre, wenn hier, wie an andern Stellen, bronchiectatische

Cavernen gelegen hätten. Ein Pneumothorax wäre dann durch die vorausgegangenen Pleuraadhäsionen verhindert worden, und es wäre zu Hautemphysem gekommen. Wunderlich lässt unentschieden, ob die im II. Falle entstandenen multiplen, disseminirten Eiterungen, welche pyämischer Natur sind, durch die auftretende Eiterung im peripleuritischen Heerde oder durch eine spontan entstandene, langsame purulente Diathese oder Pyämie hervorgerufen wurden.

Es verging dann einige Zeit, wo keine neuen Fälle von Peripleuritis veröffentlicht wurden, bis von Prof. Billroth in „Langenbeck's Archiv II, 6" eine kleine Abhandlung erschien. In derselben gibt er einzelne diagnostische Merkmale an und fügt 2 von ihm beobachtete Fälle von Peripleuritis, die unten folgen, bei. Nach ihm ist mit der in Frage stehenden Erkrankung am leichtesten die Periostitis mit consecutiver Pleuritis zu verwechseln, wenn man nach der Incision keine rauhen Knochenstellen findet, ganz abgesehen davon, dass Caries auch dann doch noch vorhanden sein kann. Den wichtigsten diagnostischen Anhaltspunkt glaubt er in der sorgfältigen Beobachtung des Krankheitsverlaufes zu finden: „Der Beginn der Krankheit unter den Erscheinungen einer mässigen Pleuritis und die darauf folgende Entwicklung eines Abscesses an der der Pleuraentzündung entsprechenden Stelle, die dann sich hinzugesellenden Anfälle von Pleuritis, die successive Unterminirung der Haut und der mehrfache Durchbruch derselben bei mässigem Fieber. Die Diagnose wird fast sicher, wenn Emphysem der Haut oder sonstige Erscheinungen eines Durchbruches in die Lunge hinzukommen." Indem Billroth auf die Aetiologie der Peripleuritis nicht weiter eingeht, macht er nur auf eine interessante Möglichkeit aufmerksam. Es sei nicht unwahrscheinlich, dass durch unvorsichtiges und zu zahlreiches Anlegen von Schröpfköpfen an die Seiten des Thorax peripleuritische Processe hervorgerufen werden könnten, indem eine dadurch bewirkte Ueberfüllung

und Ausdehnung der peripleuralen Gefässe (wovon die Wirkung des Schröpfens bei Pleuritis herrühre) bei zu Eiterungsprocessen geneigten Menschen zu Stase, Entzündung und Eiterung führen würde. Therapeutisch empfiehlt er als nicht zu eingreifend mehrere kleinere Oeffungen an den am deutlichsten fluctuirenden Stellen zu machen, ferner Ruhe im Zimmer, bei Fieber im Bett anzuordnen, um neue pleuritische Anfälle und weitere Ausbreitung der Eiterung zu verhüten. Die von Billroth beobachteten Fälle sind folgende:

Fall I: Ein früher stets gesunder 29 jähriger Mann erkrankte vor 11 Wochen mit Fieber und stechenden Schmerzen in der Seite. Die Schmerzen liessen nach Anwendung von Schröpfköpfen nach, doch bildete sich bald eine Geschwulst, die auf Einstich Eiter entleerte. Da trotz dieser Eröffnung sich in der Nähe neue Abscesse bildeten und die Kräfte des Patienten abnahmen, kam er in's Spital. An der linken vordern Brustwand zeigten sich 8 Fisteln, die dünnen Eiter entleerten, die Haut in der Umgegend war blauroth, hier und da fluctuirend. Die Sonde zeigte Rippen und Knorpel nirgends entblösst. In die Tiefe konnte man von den Fisteln aus nicht gelangen. Auskultation und Percussion ergaben, soweit sie ausgeführt wurden, nichts Nennenswerthes; das Herz konnte wegen grosser Schmerzhaftigkeit der entzündeten Haut nicht untersucht werden. Respiration etwas frequenter als normal, leichtes Fieber, Puls 100. Es wurde eine chronisch-purulente Periostitis (ev. Caries) der Rippen an der hintern Seite angenommen, zu der sich ein mässiges, linksseitiges pleuritisches Exsudat hinzugesellt hatte. Unter absoluter Ruhe und Kataplasmen besserte sich der Zustand des Patienten, die Eiterung wurde reichlicher. Die Blosslegung der unterminirten Stellen und Spaltung der Fisteln ergaben aber in Bezug auf Periostitis negative Resultate, und es neigte sich die Ansicht mehr einem abgesackten nach aussen durchgebrochenem Empyem zu. Unter auffallenden Differenzen zwischen Morgen- und Abendtemperatur (1,5°)

gewann die Wunde ein vortreffliches Aussehen und bedeckte sich mit kräftigen Granulationen. Patient bekam dann am 20. Tage der Behandlung einen Anfall heftiger Dyspnoe, welcher nach rechtsseitigen Sinapismen sich besserte. Die jetzt ausgeführte Auskultation des Herzens ergab Reibegeräusch (Ther.: Inf. Digital.). Am 26. Tage wieder heftige Dyspnoe, die in geringerem Grade anhält; am 31. Tage heftige Beklemmung und Tod. Die Section klärte alle Erscheinungen auf: Unter den Symptomen einer Pleuritis hatte sich eine Entzündung des Zellgewebes, besonders unterhalb der Pleura diaphragmatica, gebildet; diese war in Eiterung übergegangen und nach Verwachsung des untern Lungenlappens, des linken Leberlappens und der Milz mit Pleura, resp. Diaphragma hatte sich der Eiter durch mehrere Intercostalräume einen Weg gebahnt bis in das Unterhautzellgewebe, hier hatte er sich diffundirt und neue Zellgewebsentzündungen hervorgerufen; daher die vielen Fisteln der äussern Haut. Wahrscheinlich hatte die Spaltung der Haut und die Sondenuntersuchung dazu beigetragen, die tödtliche Pericarditis zu beschleunigen.

Fall II: Ein früher stets gesunder 36jähriger Mann (in Behandlung vom 21. Sept. bis 10 Nov.) hatte — vor 14 Tagen ohne bekannte Ursache von heftigem Froste mit Seitenstechen und Respirationsbeschwerden befallen — nach ärztlichem Bericht eine akute rechtsseitige Pleuritis, die sich nach Antiphlogose besserte. Er kam in's Spital, weil nach 4 Tagen eine schmerzhafte Anschwellung und Hautröthung an der rechten Thoraxseite auftrat. Es zeigte sich daselbst bis zur Achselhöhle hinauf die Haut stark geröthet, oedematös, wenig empfindlich; an einer Hand breit unter der Achsel befindlichen Stelle war die Haut deutlich verdünnt, und es war Fluctuation zu konstatiren. Percussionston bis auf das untre Drittel rechts hinten normal, hier matter Ton, Respiration kaum wahrnehmbar, Stimmfibration fehlend. Ausser Gefühl von starker Spannung rechts keine Respirationsbeschwerden, rechter Arm am Schulter-

gelenk etwas oedematös und der Versuch, den Arm zu heben, sehr schmerzhaft. Kein Fieber. Incision an der fluctuirenden Stelle, Entleerung von ca. 250 gr dicken Eiters, darnach Erleichterung. Ferner therapeut. Kataplasmen und Laxans. Im weitern Verlauf meistens copiöse Eiterung aus der Wunde, dann noch nacheinander 2 fluctuirende Geschwülste in der Achselhöhle und unter der rechten Clavicula, erstere durch Druck, letztere durch Incision geöffnet Alle 3 Oeffnungen schliessen sich nach erheblicher Abnahme der Eiterung und Patient wird nach Hebung seines Kräftezustandes geheilt entlassen.

Interessant war noch Folgendes während des Verlaufs: Am 14. Okt. hörte man rechts unten hinten ein eigenthümlich pfeifendes Geräusch an einer ganz umschriebenen Stelle, welches 4 Tage lang bestand. Am 19. Okt. etwas Fieber, beschleunigte Respiration und Beengung. Unten hinten auf beiden Seiten Dämpfung, rechts Reibungsgeräusch und bronchiales Athmen. Das vom 14.—18. Okt. hörbare, umschriebene Geräusch bezieht Billroth auf einen kleinen Eiterdurchbruch in die mit der Pleura costalis verwachsene Lunge. Ein ventilartiger Verschluss der kleinen Oeffnung bei der Inspiration hat wahrscheinlich die Entstehung eines Hautemphysems verhindert. Die Oeffnung wurde dann durch die am 19. Okt. auftretende doppelseitige Pleuritis wieder geschlossen. Diese Anfälle von Pleuritis sind bei blosser Phlegmone unerklärlich, ebenso spricht gegen Periostitis das rasche Schliessen der Fisteln.

Aus der Berliner Poliklinik erinnert sich Billroth einiger spontan entstandener Abscesse der seitlichen und vordern Thoraxwand, ohne über den Ausgang Näheres sagen zu können, auch gibt er an, zwei kollosale, langsam entstandene Abscesse unter dem M. pectoralis gesehen zu haben, und glaubt, dass diese Fälle wahrscheinlich auf eine Peripleuritis zurückzuführen sind.

Als dritter Autor findet sich dann in der Literatur

(Deutsches Archiv für klinische Medicin XIII) Prof. Bartels in Kiel. Er versucht für den peripleuritischen und pleuritischen Abscess auf Grund von 4 von ihm beobachteten Fällen eine genaue Differentialdiagnose aufzustellen, welche ich im Folgenden im Anschluss an seine Abhandlung wiedergebe. Bartels gibt als Ursachen für Peripleuritis traumatische, einen entzündlichen Reiz bewirkende Schädlichkeiten, wie Rippenfracturen, Misshandlungen u. s. w. an, entscheidet sich aber auf Grund eigner Beobachtungen auch für eine genuine Form. Nach ihm zeigen subpleurale Abscesse sehr wenig Neigung, in den Pleurasack durchzubrechen, auch wenn die Costalpleura nicht durch dicke Schwarten verstärkt ist. Als höchst bemerkenswerthe Komplikation erwähnt er diffusse Nephritis (s. beiden genuinen Fälle zeigten Albuminurie), häufiger aber und leichter erklärlich Pericarditis. Die in höchst scharfsinniger Weise aufgestellte Differentialdiagnose zwischen Empyem und Peripleuritis ist folgende: Während bei beiden Zuständen die leidende Seite nach aussen gedrängt sein kann durch Ausweitung des Thorax, leerer Schall besteht, Stimmfremitus und Vesiculärathmen fehlen und an der Grenze unbestimmtes Athmen gehört wird, drängt das Empyem die Rippen gleichmässig nach aussen und dehnt die Intercostalräume soweit gleichmässig aus, als es der Thoraxwand anliegt, der peripleuritische Abscess dagegen führt viel rascher zum eitrigen Zerfall der Intercostalgewebe und hebt deren Struktur und Function dadurch auf, dass der betreff. Intercostalraum stärker klafft und die letzteren begrenzenden Rippen die andern überragen. Hierbei sind dann namentlich die obern Rippen stärker zusammengeschoben als auf der gesunden Seite. Auch wenn ein Empyem in das subcutane Gewebe durchgebrochen war, konnte Bartels ein gleiches nicht beobachten. Ferner ist die Ausbreitung der Dämpfung zu berücksichtigen, indem das Empyem dem Gesetze der Schwere und dem Zuge des Zwerchfells folgt, unterhalb des peripleuritischen Abscesses dagegen Luftgehalt und Vesiculärathmen

zu constatiren ist. Auch verschiebt sich bei den Athembewegungen der untere Lungenrand, was bei Empyem nicht der Fall ist, da, wenn wirklich das letztere durch Verwachsung der Pleurablätter am Herabtreten gehindert ist, dennoch die unteren Lungenpartien luftleer comprimirt sind, so dass also Verschiebung und Lungenschall fehlt. Ferner fehlt bei Peripleuritis eine Verschiebung andrer Organe (Herz, Leber). Es besteht Fluctuation, Erschlaffen des Tumors bei der Inspiration, Prallerwerden bei der Exspiration. Bei nicht durchgebrochenem Empyem konnte Bartels nie Fluctuation fühlen. Als gerades Gegentheil zu den Erscheinungen des peripleuritischen Abscesses konnte er bei einem Empyema pulsans während der Inspiration durch Contraction der Intercostales ein Prallerwerden der Geschwulst und undeutlichere Pulsation constatiren. Dagegen haben Biermer (Virchows Handbuch B. V. S. 800) sowie Mac Donnel je einen Fall beschrieben, wo ein Pleuraerguss bei der Inspiration flacher, bei der Exspiration gewölbter und praller wurde. Bartels kann nach seinen Erfahrungen für den Fall, dass das Pleuraexsudat die Rippen verdrängt, dieses nicht bestätigen. Auch in den beiden von Dr. Martin veröffentlichten und unten erwähnten Fällen war das Bartelsche Athmungsphänomen nicht zu constatiren. Der Eiter der peripleuritischen Abscesse gleicht dem andrer Zellgewebsabscesse. Ich füge nun hier die von Bartels beobachteten Fälle an, von denen der erste von Emil Suadicani in seiner Inaug. diss. (Kiel 1865) näher beschrieben ist.

Fall I. Ein bisher stets gesunder Mann erhielt 1848 bei einem Volksauflauf einen Kolbenstoss gegen die Brust, welcher längere Bewusstlosigkeit mit darauffolgender Erkrankung bewirkte. Im folgenden Jahre starke Brustschmerzen, Frostanfalle und Hitze mit Bildung einer Geschwulst auf der linken Brustseite, welche eröffnet eine Menge übelriechenden Eiters entleerte. Es wurde ausserdem um dem Secret freien Ausfluss zu verschaffen eine Gegenöffnung angelegt. Erst im Jahre 1851

schloss sich die Fistel. 1856 und 1862 war er nochmals für kurze Zeit in ärztlicher Behandlung. Im Jahre 1865 erhängte sich derselbe und die dann gemachte Section ergab folgenden Befund: Es bestand eine Scoliose im Brusttheil der Wirbelsäule mit Concavität nach rechts und Kompensation im Hals- und Lendentheil. Rechter mittlerer Lungenlappen pneumonisch indurirt, ganze linke Lunge mit dem Zwerchfell und der Brustwand verwachsen, überall lufthaltig, auch das Herz überall mit Herzbeutel verwachsen. Der linke hintere Brustraum wird von einer festen, harten Bindegewebsmasse eingenommen, von welcher sich jedoch die nur mässig verdickte Pleura costalis leicht abtrennen lässt. Die Portio sternalis des Pectoralis major ist bleich, dünn und fettig infiltrirt, über den Fistelöffnungen ganz geschwunden. Die linke II. Rippe zeigte nahe ihrem vordern Ende einen wahrscheinlich von einer geheilten Fractur herrührenden Höcker, ebenso am Knorpel der 6. Rippe, die 2. und 3. Rippe sind durch 2 knöcherne Spangen verbunden, zwischen diesen (durch Fasergewebe geschlossen) die eine Fistelöffnung. Aehnlich ist der Befund an der 3., 4.—7. und 9. und 10. Rippe. Hier war also der peripleuritische Abscess nach Rippenfracturen zu Stande gekommen.

Fall II. Ein 25 jähriger Seemann, seit 6 Jahren luetisch, wurde 3 Jahre später heiser und blieb es seitdem. Seit vorigem Winter Hautausschlag. Vor 8 Wochen Erbrechen mit anginösen Beschwerden, Besserung nach 2 Tagen, dann Schüttelfrost, Hitze und Schweiss. Darauf will er 8 Tage unbesinnlich und delirirend gelegen haben. In den letzten Wochen habe sich die rechte Brusthälfte ausgedehnt, worauf die bis dahin heftigen Schmerzen und Athemnoth geringer, der Appetit besser wurde. Bei der Aufnahme bestand Abmagerung, anämisches Aussehen, auffallende Dyspnoe und Fieber. Keine Schmerzen in der rechten Thoraxseite, links leichte Stiche, fast vollständige Aphonie . . . Rechte Thoraxhälfte kaum beim Athmen betheiligt, oben abgeflacht, unten

und mehr noch mitten vorgetrieben, am stärksten in der Gegend der 5. und 6. Rippe, wo die Weichtheile ödematös sind. Der 5. Intercostalraum auffallend weit, 2 Finger breit, oben Rippen dicht aneinandergedrängt; im 5. Intercostalraum Fluctuation. Der Tumor wird beim Exspiriren praller. Die Percussionsfigur, ebenso das gänzliche Fehlen von Verschiebung des Herzens und der Leber liessen einen Pleuraerguss ausschliessen. Eine Probepunktion bestätigt die Diagnose auf Peripleuritis, die Kanüle liess sich nur ungefähr 3 cm in die Tiefe führen. Periostitische Auftreibung an den Rippen nicht zu bemerken. Es wurden durch einen breiten Einschnitt 500 ccm stinkenden Eiters entleert und, da die Wunde zur Reinhaltung nicht genügte, noch eine subperiostale Rippenresection gemacht. Jetzt konnte man zwischen Costalpleura und Rippenwand in eine weiter nach oben gelegene, flache, ausgebuchtete Höhle gelangen, ebenso nach unten zu; beide Höhlen entleerten stinkenden Eiter. Durch Galle gelang es, die Fäulniss zu bekämpfen, der Eiter wurde geruchlos .... Später gesellte sich Oedem des Gesichtes u. s. w. hinzu, sodann unter Albuminurie Oedem des ganzen Körpers, trotzdem das Allgemeinbefinden subjectiv ganz gut war. Es trat dann unter allmählichem Kräfteverfall, in den letzten Tagen Entleerung stinkenden Eiters und profusen Diarrhöen ruhiger Tod ein. Sectionsbefund: Ausgedehnte rechtsseitige Peripleuritis mit Perforation nach aussen, Kompression und chronische interstitielle Pneumonie der rechten Lunge, parenchymatöse Nephritis, Concremente im Nierenbecken, syphilitische Orchitis beiderseits, Hydrops anasarka, linksseitiger Hydrothorax und Obliteration des Herzbeutels.

Fall III. Ein früher stets gesunder, 25 jähriger Mann erkrankte Mitte Okt. 1872 mit Schüttelfrost und Schmerzen in der linken Brusthälfte. 4 Wochen nachher durch Einschnitt in den 5. linken Intercostalraum viel Eiter entleert. Jetzt ist die linke Thoraxhälfte vorn von der 2.—5. Rippe beträchtlich

vorgetrieben, Gegend zwischen den Rippen hier geschwulstartig vorgetrieben, Haut und Unterhautzellgewebe geröthet und oedematös. In der linken Axillarlinie Fistel im 5 Intercostalraum, durch welche eine Sonde ca. 5 cm hinter der 5. Rippe hinaufgeschoben werden konnte; sie entleert einige Tropfen Eiter. Linke Brusthälfte beim Athmen wenig betheiligt. Nur über der Hervorragung ist leerer Schall, die Lunge bei tiefer Inspiration gegen die Milzdämpfung hin verschieblich; unterhalb der 3. Rippe bis zur Fistelöffnung ganz unbestimmtes Athemgeräusch, sonst überall normal, nur am Sternalende der 3. Rippe bei der Exspiration sehr lautes, klingendes Hauchen. Urin dunkelgefärbt, hohes spec. Gewicht, Eiweiss, Cylinder und Blutkörperchen. In den nächsten Tagen Oedem links zunehmend, aus der Fistelöffnung nur noch Spuren von Eiter, Sonde dringt nur noch 3 cm in den Fistelgang vor. Lebhaftes, andauerndes Fieber. Ende December: Fluctuirende Geschwulst am Sternum in der Höhe des 3. Intercostalraumes, über der sich die Haut röthet. Später im 4. Intercostalraum nach innen von der Brustwarze Fluctuation in der Tiefe, bei der Exspiration praller als bei der Inspiration; beim Abscess am Sternum dagegen Athembewegungen von keinem Einfluss. Letzterer Abscess wird gespalten und viel Eiter ohne Einfluss des Pressens des Patienten entleert; Rauhigkeit am Sternum nicht vorhanden, Gegeneinschnitt und Drainage. Im spätern Verlaufe Eiterung geringfügig, dann heftiger Schmerz und Oedem oberhalb der alten Fistelöffnung; desshalb wird die Fistel mit Laminaria dilatirt, worauf sich grosse Mengen von Eiter entleeren; darauf definitive Heilung der Fistel, Verschwinden der Albuminurie und völlige Genesung.

Fall IV. Ein 10jähriges, schwächliches, zu Hause stets arg misshandeltes Mädchen konnte vor 14 Tagen wegen Seitenschmerzen die Schule nicht besuchen. Bei der Aufnahme finden sich an mehreren Stellen Blutunterlaufungen und Hautabschülferungen. Starkes Fieber, Puls und Respiration be-

schleunigt. Hinten rechts nahe der Wirbelsäule unterhalb der Scapula eine runde, 5 Markstückgrosse, fluctuirende Geschwulst, in der Mitte 1 cm über die Hautfläche prominirend; sie wird bei der Exspiration praller, bei Inspiration schlaffer. Percussion normal, nur über der Geschwulst etwas gedämpft. Auskultation ergibt überall Vesiculärathmen und stellenweise Rhonchi sibilantes, über der Geschwulst, die auf Druck schmerzhaft ist, Athemgeräusch leiser. Nirgends pleuritisches Reibegeräusch. Rippenfraktur und Hautemphysem nicht vorhanden. Herz in der normalen Lage, Töne rein. Wegen einer linksseitigen Coxitis kam das Kind dann auf die chirurg. Abtheilung. Fieber, mit unregelmässigen Schwankungen, theilweise extrem hoch. Tod am 12. Tage nach der Aufnahme. Section: In den Pleurasäcken ganz frisches, eitriges Exsudat in geringer Menge, jedoch rechts etwas reichlicher als links. Unterer Lappen der rechten Lunge nach vorn gedrängt, fast völlig luftleer mit einem filzigen, dicken Fibrinniederschlag bedeckt. In der linken Lunge einzelne embolische Infarkte. Die eitrig-fibrinöse Schicht erhebt sich da, wo die Lunge der Rippenwand angelagert und das Pleuraexsudat abgekapselt gewesen ist, zu einem deutlich prominirenden Rande. Die Pulmonalpleura über dem rechten Lappen braunroth gefärbt mit zahlreichen subpleuralen Ekchymosen. An der hintern Fläche dieses Lappens, correspondirend mit der gleich zu erwähnenden Oeffnung in der Costalpleura zwei kleine, erbsengrosse Abscesse, mittlerer und oberer Lappen lufthaltig, an der Oberfläche von einer dünnen Eiterschicht bedeckt. Gegenüber der 9. rechten Rippe, etwa 5 cm weit von der Wirbelsäule entfernt, ein kleines, rundes Loch in der Costalpleura; am Grunde dieses Loches liegt die 9. Rippe, etwa 3 cm lang vom Periost entblösst mit rauher Fläche. Rings um die Costalpleura eine Strecke weit von der Rippenwand abgelöst. Zwischen 8. und 9. Rippe konnte man den Finger nach aussen unter die äussern Thoraxbedeckungen führen und ihn in einer Tasche von dem Umfange eines 5 Markstückes herumbewegen.

Im chirurg. Centralblatt (IX, 36, 1882) finden sich dann weitere 2 Fälle von peripleuritischem Abscess, welche Dr. Martin mit einigen erläuternden Bemerkungen veröffentlicht. Da, wie oben erwähnt, Wunderlich, Billroth und Bartels sich auf Grund einiger ihrer Fälle bestimmt für eine genuine Peripleuritis erklären, lässt auch Dr. Martin vorerst die Frage des genuinen Entstehens unentschieden, spricht sich aber gleichzeitig aufs bestimmteste dahin aus, dass eine besondere für Peripleuritis aufgestellte Symptomatologie jeden praktischen Werth in Bezug auf Diagnose und Behandlung entbehre. Er hat folgende Fälle beobachtet:

Fall I. Ein 5jähriger Knabe erkrankte 14 Tage nach vollständiger Heilung eines durch Incision entleerten Empyems unter Seitenstechen. Eine umschriebene Stelle in der Axillarlinie des 4. linken Intercostalraumes, handbreit nach aussen und oben von der alten Empyemnarbe, ist spontan und auf Druck entschieden empfindlich. Unter Exacerbation des Fiebers bildete sich dann an der afficirten Stelle eine Hervorwölbung und Erweiterung des Intercostalraumes mit Fluctuation. Nach einer Punktion, welche Eiter konstatirte, wurden durch Incision circa 100 Ccm Eiter entleert. Die vordere Wand des nicht buchtigen Abscesses wurde durch die durchschnittenen Weichtheile der Haut, Unterhautzellgewebe und Intercostalmuskeln, die hintere durch die schwartige, verdickte und obliterirte Pleura gebildet; Rippen intakt, Drainage und Listerverband. Nach 1 Monat war die Wunde geheilt und der Knabe völlig wieder hergestellt.

Fall II. Ein früher stets gesunder Mann erkrankte nach oftmaligen Erkältungen an Pleuritis serosa, welche unter entsprechender Behandlung nach allmähliger Aufsaugung des Exsudats vollkommen geheilt wurde. Nach 3 Monaten bekam er einen ausgeprägten Schüttelfrost und klagte über Schmerz in der linken Seite und vorn auf der Brust; Husten und Auswurf fehlten. 2 Stellen fanden sich, welche auf Druck sehr

schmerzhaft waren: eine in der Axillarlinie im 9, die andere nahe am Sternum im 3. Intercostalraum. Nach einiger Zeit begrenzte Hervorwölbung und Erweiterung dieser Interstitien und darauf Fluctuation, aber kein inspiratorisches Erschlaffen und exspiratorisches Prallerwerden der Geschwulst, wie Bartels es angegeben. Die Probepunktion ergab Eiter, und die Eröffnung sicherte die Diagnose auf Peripleuritis. Die beiden nicht communicirenden Abscesse nahmen je 2 Rippeninterstitien ein und zeigten dieselbe Wandung wie Fall I. Drainage und Jodoformverbände. Der hintere Abscess verheilte 4 Wochen nach der Incision, der vordere sondert gegenwärtig noch ein spärliches Sekret ab.

Dr. Martin nimmt in beiden Fällen als ätiologisches Moment die vorausgegangene Pleuritis an (vielleicht entzündlicher Reiz in Folge der Schwartenbildung nach Pleuritis). Er stellte bei beiden Fällen die Diagnose der Peripleuritis durch Probepunktion, Incision und Abtasten der Wände — bei beiden Fällen waren die Rippen intakt und die Pleura verdickt und obliterirt — und hält weder Lokalisation der Schmerzen, noch räumliche Begrenzung, Fluctuation, Ausbreitung der Abscesse und lokale Vortreibung der erweiterten Intercostalräume für genügend zur Stellung der Diagnose.

Ausser den angeführten Fällen habe ich in der Literatur noch einen von Leplat beobachteten Fall gefunden; bei dem von Caspari beschriebenen handelte es sich um einen Abscess der Thoraxwand nach Pleuritis, derselbe sass im subcutanen Bindegewebe, das subpleurale war unberührt. Der Fall Leplats ist folgender: (Archiv génér. 6. Serie V. 1865 pag. 403.)

Im Anschluss an eine Pleuropneumonie bestand leichtes Fussödem, kleiner, frequenter Puls, erschwerte Respiration und nächtliches Fieber. Links vorn in den untern 2 Drittheilen der Lunge war leerer Percussionsschall, unter der Clavicula etwas geringere Dämpfung; Rasselgeräusche, erhebliche

Depression der linken Brusthälfte, reichlicher eiterähnlicher Auswurf. Nach 6 Monaten schmerzhafter, nicht fluctuirender Tumor über der linken Brustwarze, welcher nach einer Incision circa 200 gr. dicklichen Eiter entleerte. Nach einer spätern Gegenöffnung in der Reg. axillaris reichlicher Ausfluss. Hectisches Fieber und Tod nach 3 Monaten. Section: Linke Lunge auf ein Viertel reducirt und carnificirt. Pleurablätter fest verwachsen, nur an der Basis durch eine trübe, seröse Ansammlung getrennt. Unter dem Musc. pect. maj. war der Heerd des äussern Abscesses, theils vom Narbengewebe, theils von einer neugebildeten Membran umschlossen. Im 3. Intercostalraum 3 cm nach aussen vom Sternum eine durch die Fasern der Musc. intercost. gehende Oeffnung, welche zum 2. Abscess führte, der sich von der 2.—7. Rippe zwischen Sternum und Rippenwirbel erstreckte. Pleura costalis intact und nur nach innen gedrängt.

Wenn ich im Vorstehenden alle bis jetzt in der Literatur niedergelegten Fälle in kurzen Zügen erwähnt habe, so geschah es hauptsächlich desshalb, um festzustellen, ob es für Peripleuritis einen einheitlichen Symptomenkomplex gibt. Wenn man einen solchen aus dem vorliegenden Material bilden will, so können natürlich nur diejenigen Erscheinungen in Betracht gezogen werden, welche durch die Bildung des Abscesses und dann durch die Erkrankung der in Folge der Eiterung in Mitleidenschaft gebrachten Nachbarorgane bedingt sind. Es sind diese Erscheinungen also theils äusserlich sicht- und fühlbare, theils innere bedingt durch die unter Schmerzen sich äussernden Pleuraerkrankungen. Die sich bildende Geschwulst zeigt meistens Fluctuation, nur wenn noch intacte, starke Gebilde über sie herziehen, kann dieselbe fehlen; in günstigen Fällen wird man auch aus der Gestalt der Intercostalräume, der Beeinflussung der Geschwulst durch die Athembewegungen nach Bartels Angaben werthvolle Schlüsse ziehen können; ebenso kann uns die nie zu vernachlässigende Auskultation

und Percussion wichtige Anhaltspunkte geben. Die den Verlauf in den meisten Fällen charakterisirende Pleurabetheiligung zeigt sich in der schon oben erwähnten Weise: Es sind mässige pleuritische Erscheinungen, die gewöhnlich während des ganzen Verlaufs sich attaquenweise äussern. Fieber kann theils durch die Eiterungsprozesse, theils durch die Begleiterscheinungen hervorgerufen in wechselnder Höhe bestehen oder auch ganz fehlen, wenn schwerere Complicationen fehlen oder der Abscess sich in langsamer, schleichender Weise entwickelt. Dagegen kann man unter die Symptomatologie der Peripleuritis die Erscheinungen, welche von den Complicationen, wie Pericarditis, Nephritis u. s. w. verursacht werden, nicht rechnen; am leichtesten zu erklären und als wirkliche Complication aufzufassen wäre die durch Fortleitung des Entzündungsprozesses entstandene Pericarditis, ob aber die Nephritis durch die Peripleuritis hervorgerufen, oder ob sie als spontane Erkrankung oder als Theilerscheinung einer andern Erkrankung anzusprechen ist, können erst weitere Beobachtungen entscheiden. Auch die in seinem II. Falle entstandene Pyämie lässt Wunderlich, wie oben gesagt, unerklärt. Wenn nun auch die sorgfältige Verwerthung der oben angeführten Symptome in vielen Fällen eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Peripleuritis zu stellen erlaubt, so wird das ganz sichere Erkennen der Krankheit doch nur durch Incision und darauffolgendes Abtasten der Wände möglich, denn es kommen, wie wir bei Besprechung unseres Falles sehen werden, Fälle vor, in denen die oben angeführten Symptome ganz fehlen und die von Bartels angegebenen Verhältnisse der Rippen u. s. w. nicht anzuwenden sind.

Indem ich nun auf den hier beobachteten poliklinischen Fall zurückkomme, muss ich meine erste Frage, konnte man in diesem Falle vor der Incision eine sichere Diagnose stellen, verneinen. Es lag hier ein fluctuirender Abscess vor, dessen Aetiologie aus der Anamnese nicht zu ermitteln war. Der

Abscess war vollig schmerzlos entstanden, ohne jegliches Fieber, ohne Kräfteverfall und Allgemeinbeschwerden; nur die zunehmende Grösse veranlasste den Patienten, ärztliche Hülfe in Anspruch zu nehmen. Die Percussion und Auskultation konnte hier keine diagnostisch wichtigen Aufschlüsse zu Tage fördern; der leere Schall über der ziemlich prall gespannten Geschwulst, das Fehlen von Athemgeräuschen über der Dampfung, die Fluctuation nöthigte zwar zur Annahme eines Abscesses, aber die Frage woher? war damit nicht zu beantworten. Von den hier in Betracht kommenden 3 Entstehungsarten, konnte man freilich die Pleurahöhle mit grösster Wahrscheinlichkeit ausschliessen, denn eine Pleuritis mit eitrigem Erguss wurde durch die Anamnese widerlegt. Wenn auch durch ältere, symptomenlos verlaufene Pleuritiden eine Verwachsung der Pleurablätter unterhalb der in Frage kommenden Stelle schon vorher zu Stande gekommen wäre und nun in diesen abgeschlossenen Raum eine neue Entzündung ein eitriges Exsudat ergossen hätte, so wäre doch ein solches Empyem unter Fieber, Schmerzen und gestörtem Allgemeinbefinden entstanden. Schwieriger dagegen war zu entscheiden, ob der Abscess im Lungengewebe selbst entstanden sei, sich im fernern Verlaufe gegen die Luftwege zu abgekapselt und allmählich auf seinem Wege nach aussen die hier liegenden Gewebe eingeschmolzen habe. Ich führte oben an, dass die Diagnose eines Lungenabscesses sehr schwierig und nur durch die physikalischen Befunde im Allgemeinen, durch die charakteristischen Sputa im speciellen zu stellen sei; hier aber bei dem fertig gebildeten, prall mit Flüssigkeit gefüllten Abscess konnte die physikalische Untersuchung keinen Aufschluss geben und die Sputa fehlten natürlich gänzlich. Wenn man an der Grenze der Dämpfung an einzelnen Stellen auch vielleicht tympanitischen Schall gehört hätte, so durfte man daraus noch keinen Schluss ziehen, denn dieser konnte ebensogut von nur mässig comprimirtem, also noch lufthaltigem Lungengewebe als von erkranktem her-

rühren; Athemgeräusche konnten natürlich nicht gehört werden über der Geschwulst. Abgesehen von dem Anfangs bestehenden, geringfügigen Husten und Auswurf, Symptome, welche uns nicht berechtigten, schwere Erkrankungen des Lungenparenchyms anzunehmen, fehlte jeder Anhaltspunkt für eine Lungenerkrankung. Auch in der Literatur habe ich keinen Lungenabscess, der nach vollständiger Abkapselung die äussere Haut vorwölbte, erwähnt gefunden, wohl desshalb, weil solche Zustände sowohl sehr selten als auch äusserst schwer intra vitam zu diagnosticiren sind, dagegen finden sich einige Fälle, bei denen ein Lungenabscess die Pleura durchbohrte und zu Pneumothorax oder nach vorheriger Verlöthung beider Pleurablätter zu Hautemphysem führte. Eine Pneumonie oder sonstige Lungenerkrankung hatte hier vorher nicht bestanden, es ist also die II. Gruppe Leydens auszuschliessen, aber auch für die I. Gruppe, die aus den Nachbargegenden in die Lunge einbrechenden Abscesse, fand sich kein Anhaltspunkt vor und man kann annehmen, dass, wenn es sich wirklich hier um einen solchen gehandelt hätte, er wohl einen Bronchus erreicht hätte und der Inhalt dann per os entleert wäre, wie ja Leyden auch nur von diesem Gesichtspunkt aus diese Abscesse zu denen der Lunge rechnet. Es käme dann hier nur noch die III. Gruppe in Frage, die chronischen, von Zeit zu Zeit exacerbirenden Ulcerationen, oder Traube's latente Abscesse, welche sich erst beim etwaigen Durchbruch nach innen in massenhafter Eiterexpectoration äussern. Bei diesen Abscessen könnten unter günstigen Umständen die zuführenden Bronchien sich verstopfen oder zugepresst werden, es könnte sich dann eine Pyelogenmembran bilden, welche dem fortwährend producirten Eiter den Weg versperrte; es würde dann der Eiter die peripheren Gebilde allmählich einschmelzen und der Abscess zuletzt die Oberfläche in Gestalt eines Tumors vorwölben. Wäre dies der Fall und würde die genaue Untersuchung des durch die Probepunktion entleerten

Eiters die oben erwähnten charakteristischen Beimischungen, wie Lungenpigment, Hämatoidincrystalle u. s. w. zeigen, so wäre man berechtigt, wenigstens eine theilweise Entstehung des Abscesses in der Lunge anzunehmen, wenn auch ein Fehlen dieser Bestandtheile noch nicht ein Intactsein der Lunge beweist. Ebenso unsicher war aus dem blossen äussern Befunde die Diagnose auf Peripleuritis zu stellen. Von den oben angeführten diagnostischen Merkmalen, welche Bartels so scharfsinnig zusammengestellt hat, sind die werthvollsten, die charakteristische Verschiebung der Rippen und das Verhältniss der Intercostalräume gar nicht zu brauchen gewesen, da sich der Abscess oberhalb der Clavicula entwickelte; auch die Symptome, welche durch Compression des Abscesses seitens des sich verkleinernden Thorax bei der Exspiration und das Aufhören dieses Druckes bei der Inspiration bewirkt werden, also das Prallerwerden und Erschlaffen des Abscesses, sind hier nicht zu verwerthen, da der Abscess in der Supraclaviculargegend vollständig unabhängig von den Thoraxbewegungen war. Er wurde nur durch die gegen ihn andrängende Lungenspitze beeinflusst, was sich deutlich aber erst bei den durch die Beängstigung und die Schreiversuche im Anfang der Narcose hervorgerufenen, kräftigern Athembewegungen zeigte. Auch von dem für die meisten Fälle charakteristischen Verlauf, wie ihn Billroth angegeben, war hier keine Rede. Hier war keine Pleuritis, auch keine weitern pleuritischen Anfälle vorhergegangen, Schmerzen und Fieber hatten nie bestanden. Man konnte sich also hier vor der Incision keine Gewissheit verschaffen, ob der Prozess dem Lungengewebe oder dem peripleuralen Zellgewebe angehörte. Hatte jedoch, lautete meine zweite Frage, diese unsichere Kenntniss des eigentlichen Krankheitsheerdes irgend einen Einfluss auf die einzuschlagende Therapie? Zur Beantwortung dieser Frage brauche ich nur auf den oben angeführten Satz Dr. Martins hinzuweisen. Wie er, so halte auch ich es für praktisch be-

deutungslos, ob vor der Incision eine wirklich sichere Diagnose dieser Zustände gestellt wird, denn die Therapie bleibt ja stets dieselbe: es ist ein Abscess vorhanden, welcher so rasch als möglich Eröffnung und nachherige antiseptische Behandlung verlangt; es ist dabei die Entstehung eines Pneumothorax nicht zu fürchten, da es sich stets um einen abgekapselten Raum handelt.

Die Diagnose, welche also vor der Eröffnung nicht zu stellen war, konnte nach der Incision schon mit der grössten Wahrscheinlichkeit, jetzt aber mit Sicherheit auf einen peripleuritischen Abscess gestellt werden. Die untere Wand des Abscesses lag zwar tief unterhalb der Clavicula, aber die sichtbaren Athembewegungen derselben liessen eine Erkrankung der Lunge ausschliessen. Zur vollen Gewissheit, dass der Abscess der Lunge selbst nicht angehört, sondern sie nur sammt der Pleura nach unten gedrängt habe, wurde es bei der letzten Untersuchung. Wie oben angeführt, hörte man an Stelle des frühern Abscesses deutliches Vesiculärathmen, ein Zeichen, dass die früher comprimirte und herabgedrängte Lunge völlig gesund ist und nach Entleerung des Eiters wieder am Athmungsprozess theilnimmt. Es konnte sich also hier nur um einen Abscess gehandelt haben, welcher oberhalb der Lunge entstanden war und bei seiner fortwährenden Vergrösserung theils die Lunge herabdrängte, theils die Supraclaviculargegend vorwölbte. Gewiss ist es hier am meisten der Möglichkeit einer freien Ausdehnung des Abscesses nach aussen hin zu danken, dass die in ihren Athmungsbewegungen beschränkte Lungenspitze nicht in stärkere Mitleidenschaft gezogen wurde; aus demselben Grunde ist wohl auch das Fehlen von Schmerz und Fieber zu erklären Wenn man hier also auch berechtigt ist, einen peripleuritischen Abscess anzunehmen, so ist die Aetiologie desselben vollständig dunkel. Ob das peripleurale Gewebe durch Vereiterung einer tiefliegenden Lymphdrüse oder durch irgend eine andere Ur-

sache in Entzündung und darauf folgende Eiterung gerieth, ob es sich um eine genuine Peripleuritis handelt, ist nicht zu entscheiden, da sichere Anzeigen, welche auf irgend ein ätiologisches Moment schliessen liessen, nicht vorliegen.

Was die Prognose der Peripleuritis anbetrifft, so ist dieselbe nach Bartels Zusammenstellung keineswegs günstig, denn von 8 Fällen (4 eigene, 2 von Billroth und 2 von Wunderlich) endigten 4, also die Hälfte letal und zwar starben 2 an Pyämie, 1 an Nephritis und Marasmus und 1 an Pericarditis und Marasmus; 2 wurden vollständig, die 2 letzten nur theilweise geheilt. Zu diesen 8 Fällen kommen jetzt noch 4. Der Fall von Leplat verlief tödtlich, wogegen die beiden Fälle von Dr. Martin, sowie der unsrige in Genesung übergingen, und gerade bei diesen 3 letzten Erkrankungen hatten wir es mit Peripleuritis ohne Complicationen zu thun. Es ist desshalb noch durch weitere Beobachtungen darzuthun, ob das jetzige Mortalitätsverhältniss — von 12 Fällen 5 tödtlich — wirklich auf Rechnung der Peripleuritis zu setzen ist; der unsrige, sowie die Fälle Dr. Martins sprechen nicht dafür. Die Behandlung besteht, wie schon oben erwähnt, in Incision, Drainage und genauer Durchführung der Antisepsis. Ausserdem sind Roborantien und bei bestehenden Complicationen das einschlägige Verfahren anzuwenden.

Zum Schlusse erwähne ich noch einige Erkrankungen der seitlichen Halsgegend, welche durch Hervorwölben der Haut ein dem unsrigen ähnliches Bild darbieten können. Wie schon oben erwähnt, können hier Abscesse der umliegenden Lymphdrüsen vorkommen und ohne Beobachtung des Verlaufs wird wohl eine differentielle Diagnose sehr schwer zu stellen sein, zumal wenn es sich um Abscedirung der tief liegenden Supraclaviculardrüsen handelt. Auch Senkungsabscesse von cariösen Halswirbeln oder andern Theilen des Scelettes, wie Clavicula u. s. w. ausgehend können hier vorkommen und es handelt sich dann darum, eine schmerzhafte Knochenstelle aufzufinden;

dass dieses manchmal unmöglich ist, zeigt uns der von Dr. Tölken in seiner Dissertation beschriebene, oben erwähnte Fall. Hervorwölbungen, welche Echinococcen ihren Ursprung verdanken und mehrere Male in der Supraclaviculargegend beobachtet sind, sind durch die Probepunction zu diagnosticiren. Bei carcinomatöser, metastatischer Verjauchung wird sich — sollte dieser Zustaud wirklich einmal Grund zur Verwechslung darbieten — nicht schwer ein primärer Heerd finden lassen. Lipome, welche öfters hier vorkommen und ähnliche Hervorwölbungen der Subraclaviculargegend bewirken können, kommen in differential-diagnostischer Beziehung nicht in Betracht, ebenso sind Aneurysmen, welche nur selten hier vorkommen und wohl nie eine solche Grösse und Gestalt haben, leicht an der Pulsation und dem Auscultationsbefunde zu erkennen. Noch eine nennenswerthe und interessante Beobachtung: Zweimal finden wir in der Literatur eine Hervorwölbung dieser Gegend erwähnt, welche freilich mit der unsrigen nicht verwechselt werden kann, denn die Percussion ergab Luftgehalt. Beide Patienten litten an starkem Husten und Lungenemphysem und bei beiden war die Hervorwölbung doppelseitig. Es handelte sich um eine bruchartige Hervorstülpung der Lungenspitzen, welche emphysematös aufgetrieben waren. (Morel-Lavallé und Cockle). Auch solide Pleurageschwülste werden zu keiner Verwechslung mit peripleuritischem Abscess führen können, wenn nicht bei letzterm durch starke Gebilde die Fluctuation verdeckt wird; es muss dann die Probepunction Aufschluss bringen.

Am Schlusse dieser Arbeit fühle ich mich gedrungen, Herrn Professor Dr. Helferich für die freundliche Unter-

stützung, welche er mir bei Anfertigung derselben zu Theil werden liess, meinen tiefgefühlten Dank auszusprechen; ebenso rufe ich auf diesem Wege allen den Herren Professoren in München, Leipzig und Berlin, deren Vorlesungen, Kurse, sowie Kliniken ich zu besuchen die Ehre hatte, meinen innigsten Dank zu.